16.5

NOV 17 1902 Library

Aus der Poliklinik für Hautkranke des Herrn Professor Dr. Caspary.

Über lichen ruber pemphigoides.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

vorgelegt und öffentlich verteidigt

am Mittwoch, den 23. Oktober 1901, vormittags 11½ Uhr

von

Richard Dräer,

prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.

Königsberger Allgemeine Zeitungs-Druckerei.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

Referent: Geheimer Obermedizinalrat Herr Professor Dr. Garrè.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153514_0241

Ueber lichen ruber pemphigoides.

Es giebt wohl kaum eine Hautkrankheit, deren Lehre in den letzten Jahren soviel besprochen ist, und deren Einzelfragen in so verschiedenem Sinne beantwortet worden sind, als der lichen ruber; sicher hat keine Hautkrankheit eine interessantere Geschichte aufzuweisen. Als Ende der 50er Jahre Altmeister Hebra das Krankheitsbild seines lichen ruber zeichnete stand man vor einem vollkommenen Novum, und die eigenen Worte Hebra's lauten (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Rud. Virchow. 2. Heft 1862 p. 315):

„Die meiner Obsorge anvertraute reichhaltige Abteilung für Hautleidende im Wiener Allgemeinen Krankenhause bot mir die Gelegenheit dar, ein Übel kennen zu lernen, welches in seinen Erscheinungen, in seinem Verlaufe und Ausgange solche Eigentümlichkeiten zeigte, dass ich es mit keiner in den Werken der Autoren beschriebenen oder abgebildeten Dermatose identificieren konnte. Ich sah mich daher umsomehr veranlasst, dasselbe mit besonderer Sorgfalt zu studieren, seinen Verlauf zu beobachten, über dessen Vorkommen und Entstehungsweise Nachforschungen anzustellen und Mittel zur Heilung desselben zu versuchen. Da es sich nun nach längerer Beobachtung und durch mehrmaliges Vorkommen dieses Übels zur Evidenz herautstellte, dass dasselbe ein eigentümliches Leiden bilde, welches sich von jedem anderen, wenn auch ähnlichen Übel durch genügende Charaktere unterscheiden lässt, so nehme

ich nicht Anstand, demselben einen Platz im System anzuweisen und ihm den Namen „Lichen ruber“ zu geben. Die eben erwähnte Benennung wählte ich darum, weil sich bei dieser Krankheit Knötchen (Papulae) bilden, welche vom ersten Momente ihres Entstehens an ununterbrochen die ganze Zeit hindurch ohne weitere Umwandlung bestehen und demnach weder jemals Bläschen noch Pusteln werden, sondern sich höchstens durch Entwickelung neuer ähnlicher Efflorescenzen und Aneinandertreten derselben zu umschriebenen Plaques gestalten. Alle diese einzelnen papulösen Efflorescenzen sowohl, als auch die durch das Zusammentreten der letzteren entstandenen Plaques haben immer, wenn nicht Epidermismassen sie bedecken, eine auffallend dunkelrote Farbe und behalten diese unter allen Umständen unverändert bei.“

Die Knötchen selbst beschreibt Hebra als lebhaft- oder braunrot, konisch hervorragend, sehr derb, an ihrer Spitze mit einer festheftenden, trockenen, weissen Schuppenmase bedeckt, durch welche ihr Anfühlen ausnehmend rauh ist. Fährt man über dieselben mit der Flachhand, so entsteht die Empfindung und ein Geräusch, als wenn man über ein Reibeisen mit der Hand fahren würde.

Dieses meisterhaft gezeichnete Krankheitsbild, das Herausheben von bestimmten scharf gezeichneten Knötchen aus der Unzahl ähnlicher Gebilde ist von jeher und mit vollem Recht als eine besonders grosse dermatologische Leistung gefeiert worden. Vielleicht vergisst man dabei zu sehr, dass fast zu derselben Zeit und ganz unabhängig von dem Wiener Meister Devergie (Pityriasis pilaris. Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1857 2 ième éditon.) einen ganz ähnlichen Typus hingestellt hatte, mit dem wir uns noch werden zu beschäftigen haben.

Einen wesentlichen Unterschied freilich zeigte die Prognose Hebra's über seinen lichen ruber und die Devergie's über seine Pityriasis pilaris. Hebra sah seine Kranken alle — etwa 14, wie er angiebt — unter allmählichem Marasmus bei Ausbreitung der Krankheit zu Grunde gehen, bis er den Arsenik als souveraines Heilmittel erkannt hatte. Devergie's Kranke waren trotz häufiger Zunahme der Efflorescenzen und Ergriffensein weitester Strecken niemals in ernstlicher Gefahr. Während Hebra's Lehre allseitig beachtet wurde, sank die Devergie's schnell in Vergessenheit, um erst 1889 neu belebt zu werden.

Es waren sicher nicht viele Fälle des Hebra'schen lichen ruber von anderen als von Hebra selbst und seinen Schülern beobachtet worden, (überhaupt wohl kaum jemals bis heute hin so viele Fälle, wie Hebra sie verzeichnet, hinter einander) als 1869 Erasmus Wilson in London mit seinem Lichen planus hervortrat, der bei vielen Aehnlichkeiten doch auch tiefgehende Differenzierung von dem lichen ruber aufwies.

Einmal waren die Knötchen flach, polygonal umrandet, zeigten bald in der Mitte eine Delle, eine hellere Färbung und keine Schuppung. Ich übergehe mancherlei Verschiedenheiten in der Configuration und Rückbildung und hebe nur noch die günstige Prognose hervor, die Wilson bei allen seinen Kranken konstatiert hat. Nun häuften sich allerorten die Beobachtungen von Fällen von Lichen planus, und bald (so auch in der zweiten Auflage von Hebra's Fundamentalwerk, das er gemeinsam mit Kaposi 1874 herausgab), wurden die beiden Formen neben einander gestellt und auf Kaposi's Betrieb als Lichen ruber acuminatus — der alte Hebra'sche Typus — und als Lichen ruber planus der Typus Wilson's — bezeichnet. Beide wurden schon darum zur selben Krankheitsgruppe gezählt,

als man inmitten der übrigens sehr seltenen konischen schuppenden Knötchen des Lichen ruber acuminatus unzweifelhafte Planus-Knötchen fand, und andererseits inmitten einer Eruption von Planus-Knötchen, die unendlich viel häufiger zur Beobachtung kommen, zweifellose Formen des ursprünglichen Hebra'schen Typus fand. Auch Kaposi, das Haupt der Wiener Schule nach Hebra's Hingang, hatte anerkannt, dass die Prognose selbst des unbehandelten Lichen planus eine günstige sei.

So schien dieses Capitel der Dermato-Pathologie nun fest gegründet und um so weniger, zumal in praktischer Hinsicht, weiterer Bearbeitung bedürftig, als ja beide Formen jedesmal einer energischen Behandlung mit Arsenik anstandslos weichen sollten. So finden wir auch in dem Lehrbuch der Hautkrankheiten von Neisser (in Ebstein-Schwalbe'schem Handbuch der inneren Medizin 1901) die Angabe: „Das Heilmittel des Lichen ruber ist das Arsen, mit dem es gelingt, auch ohne jede externe Therapie, auch die schwersten Fälle von Lichen ruber, acuminatus und planus zu heilen."

Das ist leider nicht ganz richtig. So lese ich in der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten von Kaposi, 5. Aufl. 1899, S. 473: „Von Lichen ruber acuminatus habe ich an einem Manne nach 2 Jahren und dann wieder nach 20 Jahren einen universellen Recidivausbruch mit zu Marasmus führendem Verlauf gesehen und weiter in den letzten Jahren, trotz Arsenmedication und teilweiser Involution der Hautaffection, zweimal bei grossen, kräftigen Männern unter Marasmus tötlichen Ausgang."

Aber solche Ausnahmen bestätigen ja die Regel, in unserem Falle die fast sichere Heilbarkeit jedes Falles von Lichen ruber. Die eigentliche Pathogenese und Pathologie blieb unberührt und schien fest ge-

gründet; vor allem auch die Zusammengehörigkeit der beiden gelegentlich vereint auftretenden Formen.

Ein neuer Streit begann 1889 auf dem ersten internationalen Dermatologen-Kongress in Paris, und bis heute ist er nicht beigelegt. Der bedeutendste französische Dermatologe der heutigen Zeit, Besnier, stellte von neuem die Pityriasis pilaris Devergie's unter dem etwas modificierten Namen — le pityriasis rouge pilaire — als zu Recht bestehend vor. Spitze oder rundliche, im Ganzen an die Follikel geheftete, rote Knötchen, die besonders die Streckseiten, zumal auch der Endphalangen, befielen, oft in grossen Flächen confluirten, unveränderlich als Knötchen persistirten, sich häufig mit starken Infiltrationen der palmae und plantae verbanden, ohne Jucken und Alteration des Allgemeinbefindens sich aus- und zurückbildeten, jeder Therapie unzugänglich waren, bildeten die klinischen Merkmale. Anatomisch war jedesmal eine reine Hyperkeratose das Wesentliche dem sich im Verlaufe eine geringe entzündliche Teilnahme des Coriums anschliessen mochte.

Als Kaposi die vorgestellten Kranken, Bilder und Moulagen sah, erklärte er sofort, es handele sich in allen diesen Fällen um lichen ruber acuminatus. Als er dann eigene Bilder von lichen ruber acuminatus vorzeigte und wiederholte, er sehe keinen Unterschied zwischen den Knötchen und Plaques beider Krankheiten, ertönte hinter ihm die Stimme Barretta's, des ausgezeichneten Bildners aller Moulagen des hôpital St. Louis, also auch derer von Besnier's pityriasis rouge pilaire: „Ich auch nicht". Das war gewiss ein gewichtiges Zugeständnis seitens eines so formgeübten Beobachters. Seither hat der Streit nicht aufgehört, ob eine eigene Krankheit, die als pityriasis rubra pilaris zu benennen wäre, existiert; oder ob sie identisch ist mit lichen ruber acuminatus,

eventuell mit dessen milder verlaufenden Fällen. Dieser letzteren Ansicht, die Kaposi bis heute energisch vertritt, folgen u. A. Wolff-Strassburg und Jarisch-Graz; für die Differenzierung haben sich u. A. Neisser-Breslau und Caspary-Königsberg ausgesprochen. Die Mehrzahl der französischen Dermatologen pflichtet Besnier bei, von der aber Brocq sich neuerlich abgewandt hat.

Mehrere Bilder in der hiesigen Poliklinik zeigen sehr schön die ganz isolierten, rundlichen an die Follikel gehefteten Knötchen, die Besnier abgebildet hat, wie an anderen Körperstellen, so auch an der Streckseite der Endphalangen; das Jucken war nach Ausweis der betreffenden Krankengeschichten ganz fehlend oder sehr gering. Das Allgemeinbefinden war unberührt trotz der in einzelnen Fällen ganz kolossalen Ausdehnung der Hautaffektion. Eine Wirkung des Arsen war trotz langer Behandlung nicht ersichtlich. Histologisch schien eine reine Hyperkeratose vorzuliegen, jedenfalls war eine stärkere Beteiligung des Papillarkörpers nicht vorhanden.

Es ist ja zweifellos, dass in manchen Fällen von sicher konstatiertem lichen ruber das Jucken ganz gefehlt hat; ich habe schon angegeben, dass in Ausnahmsfällen Lichen-Kranke trotz energischer Arsenikbehandlung zu Grunde gingen. Aber ich neige auch zu der Ansicht hin, dass die pityriasis rubra pilaris als eigene Krankheit von den Lichen-Fällen abzugrenzen ist.

Ob man nun die Identität oder Differenzierung der genannten, klinisch gewiss äusserst ähnlichen und darum hier gemeinsam abzuhandelnden Dermatonosen annimmt, jedenfalls ist eine sichere Diagnose, ob es sich gegebenen Falles um einen lichen ruber (eventl. um eine pityriasis rouge pilaire) handelt, von Wichtigkeit. Gleich in seiner ersten hierauf bezüg-

lichen Arbeit hatte Hebra die allermeisten, nur ihrer Knötchenform wegen so benannten lichenes dieses Namens für unwert erklärt und nur diejenigen hierher gerechnet, deren Efflorescenzen die durchschnittliche Grösse eines Stecknadelkopfes nicht überschritten, und die von Anfang bis zu Ende als solide Knötchen beharrten, ohne Weiterentwickelung zu Bläschen, Pusteln u. s. f.

So blieben für ihn, und im Ganzen bis heute für die Wiener Schule, nur zwei durch Knötchen gebildete Krankheiten als lichenes bestehen: der lichen ruber und der lichen scrophulosorum. Seither sind wohl immer wieder Hautleiden mit dem Namen des lichen belegt worden, so gelegentlich auch bei Kaposi. Fast überall spricht man von lichen pilaris, der gewiss besser als Keratosis pilaris bezeichnet wird, vom lichen lividus, der als purpura papulosa leichter verständlich gemacht wird. Die Franzosen sprechen viel vom lichen simplex chronicus (Vidal), den die Wiener Schule den Ekzemen zugesellt. — Ich glaube doch, dass man besser thut dem Beispiel Hebra's und Kaposi's zu folgen und die Lichen-Formen auf die zwei so von ihnen bezeichneten zu beschränken. Ja, es möchte sich empfehlen, selbst den lichen scrophulosorum dieses Namens zu entkleiden, da es doch nach den Untersuchungen von Jacoby, Wolff u. A. kaum noch zweifelhaft erscheint, dass der sogenannte lichen scrophulosorum besser als eine Abart des scrophuloderma, tuberculoderma aufzufassen ist.

Halten wir so an dem Namen des Lichen für den lichen ruber fest und vindicieren wir ihm allein diese Bezeichnung, so fragt es sich nun, ob die beiden Hauptbestimmungen der Hebra'schen Definition, also Grösse und Unveränderlichkeit der Knötchen während ihres ganzen Bestandes, für jeden Fall ohne alle Ausnahme festgehalten werden müsse.

Hebra präcisiert die Grösse der Knötchen in ganz bestimmter Weise. In seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten in Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie (2. Auflage 1874, herausgegeben von Hebra und Kaposi, S. 388 und 389) sagt er: „Hat man Gelegenheit, einen beginnenden oder sich ausbreitenden lichen ruber zu Gesicht zu bekommen, so wird man bemerken, dass sich hirsekorngrosse Knötchen zeigen, die ihre Grösse während ihres ganzen Bestandes bewahren, ohne dass ein peripherisches Wachstum derselben stattfände. Die Ausbreitung des Übels erfolgt durch Nachschübe neuer Knötchen." Das ist gewiss für manche Fälle durchweg und für viele bei einer grossen Zahl von Knötchen durchaus zutreffend. Aber an so scharf umschriebene Grenzen ist doch die Entwickelung der Knötchen nicht gebunden. Oft genug wachsen einzelne, ja viele Efflorescenzen zu der Grösse einer Linse oder der einer kleinen Erbse heran. So sagt auch Jarisch (Die Hautkrankheiten in der speciellen Pathologie und Therapie von Nothnagel 1900 S. 365): „Wie diese kleinsten Knötchen die ersten Entwickelungsstadien der charakteristischen Lichenknötchen darstellen, so können dieselben eine Aenderung ihres Aussehens dadurch erfahren, dass sie sich in die Fläche ausdehnen und zu linsen- und darüber grossen flachen Erhebungen heranwachsen." Noch jüngst habe ich in der hiesigen Poliklinik für Hautkrankheiten bei einer sehr ausgebreiteten Eruption typischer Lichenknötchen eine ganze Zahl von linsengrossen und noch grösseren Efflorescenzen gesehen, die sicher nicht durch eine Konglomeration, sondern durch Eigenwachstum von Primärknötchen entstanden waren. Eine ganz besonders massige Entwickelung der Knötchen hat Kaposi als lichen ruber moniliformis — korallenschnurartigen lichen ruber — be-

schrieben: „Bei einem 45jährigen Manne waren Hals und Nacken, die Schulter- und Achselregion, die Ellenbeugen und Kniekehlen, Unterleib und Gesäss dicht besetzt mit faden-, leisten- und wurstförmig vorspringenden, roten, auf dem Firste gelblich schimmernden, glatten und sehr derben, streckenweise gleichmässigen, meist aber korallenschnurartig und in regelmässigen Abständen seicht eingekerbten, xanthom- und kaloidähnlichen Wülsten, welche wie hypertrophische Verbrennungsnarben sich darstellten. Sie waren mit ihrer Hauptrichtung durchwegs parallel der Längsachse des Körpers gestellt und namentlich in der Tiefe der Gelenke, sowie am Halse und Nacken allenthalben durch schief- und querlaufende Leisten zu weiten und stellenweise auch sehr engen Netzen untereinander verbunden.

Die nächste Nachbarschaft dieser genetzten Kugelherde, sowie die zwischen den Netzmaschen gelegenen Hautfelder mit dunkelroten bis braunroten, charakteristischen Knötchen von lichen ruber planus, teils in dichten Haufen, teils in striemenförmiger Anordnung oder dissimenirt, besetzt, und die ganze Gegend der nates von einem diffusen, sepiabraun pigmentirten Fleck eingenommen, an dessen Nachbarregion gegen das Kreuzbein und die hintere Fläche des Oberschenkels zahlreiche Lichen-Knötchen vorhanden waren, während zwischen den Knötchen nur punktförmige Pigmentflecke sich vorfanden. Auf dem Unterleibe desgleichen, zugleich mit zahlreichen kaloidähnlichen Wülsten, die hier vielfach dendritische Zeichnung darboten. Die Raphe scroti von einem einzigen dicken Wulste occupiert, dessen rechte Hälfte von kleinen Strängen. Bei genauer Besichtigung ergab sich, dass in diesem Falle die kleinen Lichen-Knötchen zu grösseren, bis zu erbsengrossen facettirten derben Knoten sich entwickelten, und dass aus einer

derartigen hyperplastischen Vergrösserung der in Reihen gestellten Knötchen die gekerbten grossen Wülste sich entwickelt haben. Auch die histologische Untersuchung hat die gleiche anatomische Konstitution der grossen Knoten und Stranganteile, wie die der kleinen Lichen-Knötchen ergeben. Analoge Formen haben seither auch Róna, Dubreuil (L. ruber en bandelettes anastomosées, réticulaire) u. A. m. gesehen "

Man könnte vielleicht auch die grösseren höckerigen Efflorescenzen, die den lichen verrucosus bilden, der zumal an den Unterschenkeln angetroffen wird, als abnorm vergrösserte Knötchen auffassen. Aber es liegt doch näher, für diese Fälle dem die Knötchen umgebenden Bindegewebe ein gutes Teil des Wachstums zuzuschreiben. Jedenfalls ist die Angabe Hebra's der unveränderlich hirsekorngrossen Efflorescenzen als die Regel, nicht als starres Gesetz aufzufassen. Die Symptomatologie wird durch solche ausnahmsweise Entwickelung nicht geändert, ebenso wie die gute Prognose durch die minimale Zahl der dem Arsenik widerstehenden Fälle erschüttert wird.

Wir kommen nunmehr zu der von Hebra aufgestellten anderen These, dass die Lichen-Knötchen keinerlei Umwandlung in Bläschen oder Pusteln erfahren. Dieser Ansicht sind eine grosse Anzahl von Autoren gefolgt; andere dagegen geben zu, dass eine Bildung von Bläschen ja bis erbsengrossen und grösseren Blasen, von der Art des Pemphigus bei lichen ruber eintreten könne. Kaposi zuerst veröffentlichte einen Fall, in dem an den Stellen der frisch auftauchenden Lichen-Knötchen das Auftreten von erbsengrossen und grösseren Blasen beobachtet worden ist. Bei einem Kranken sind sogar gleichzeitig mit einer ersten ausgebreiteten akuten Eruption von lichen ruber planus über den ganzen Körper zer-

streut sehr zahlreiche bis haselnussgrosse Blasen unter Fieber nachschiebend aufgetreten. Es handelte sich um einen 40jährigen Mann mit ausgebreiteter äusserst charakteristischer Eruption eines lichen ruber planus. Alsbald entstanden ausgebreitete erythematöse, blaurote Flecke, aus denen sich pemphigus artige Blasen entwickelten. Nach kurzer Dauer (drei Wochen) hörten Erytheme und pemphigusartige Blasen plötzlich auf. Der plötzliche Abbruch der Blaseneruptionen zeigte nach Kaposi, dass letzere nicht zufällige (Pemphigus) Komplikationen waren, sondern einen Excess darstellten in Quantum und Intensität der entzündlichen Exsudation. Kaposi erklärt die Blasenbildung dahin, dass die durch die Entzündung hervorgerufene Hyperämie zu diffuser seröser Suffusion der Epidermis führt, welche dann in grossen dicken Schwarten abgehoben wird, oder sie führt zu akutem massigem Serumaustritt und damit zu vereinzelter oder ausgebreiteter Blasenbildung.

Finden wir bei einem ausgesprochenen Lichenfall Blasenbildung, so können wir allerdings nicht ohne Weiteres sagen, es handele sich um den von Kaposi so. genannten lichen ruber pemphigoides, dessen Genese ich eben mit Kaposi's Worten, also nach seiner Auffassung geschildert habe. Es könnte thatsächlich 1) daneben ein Pemphigus bestehen oder 2) die Blasenbildung könnte eine Nebenerscheinung der angewandten Therapie, d. h. des Arsenik-Gebrauches sein.

Untersuchen wir zunächst, inwiefern nach den vorliegenden Beobachtungen die Annahme einer Kombination von lichen ruber planus und Pemphigus Berechtigung hat. Ullmann veröffentlichte im Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band 34, S. 405 folgenden Fall:

53jähriger Mann. Leidet seit einem Jahre an lichen ruber verrucosus der Kniekehle. Seit 8 Wochen daneben pemphigus pruriginosus; Excoriationen und Blasen, die grössten im Bereiche des Handrückens; dem Aufschiessen geht intensives Jucken voraus. Kaposi erklärte hierzu, dass es sich in diesem Falle um zwei von einander getrennte Prozesse handele, die neben einander verlaufen.

Gegen die Möglichkeit, dass zu einem bestehenden Pemphigus ein lichen ruber hinzuträte, oder dass sich bei einem Lichen-Kranken nachträglich ein pemphigus chronicus entwickelte, der nach Aufhören des Lichen als selbstständige Affektion weiter dauerte, ist gewiss nichts einzuwenden. Wenn aber der Blasenausschlag zugleich mit dem Lichen fortdauert und beide Erkrankungen gleichzeitig abheilen, so ist dies wohl kaum als Zufall aufzufassen, sondern dahin zu erklären, dass eben der pemphigusähnliche Ausschlag mit dem Lichen zusammenhängt und nichts weiter als ein Excess in Quantum und Intensität der entzündlichen Exsudation ist. Ferner ist wohl zu beachten, dass, abgesehen von dem Fall Ullmanns, in den sonst beobachteten Fällen die Blasenbildung sich streng an das Gebiet der von lichen ruber befallenen Hautpartieen hielt. Eine Untersuchung des Blutes und des Blaseninhalts bei Pemphigus hat auch nichts Wesentliches ergeben; denn die Eosinophilie des Blutes, die eine Zeitlang als charakteristisch für Pemphigus angesehen worden ist, findet sich auch bei anderen Hautkrankheiten. Einerseits fand man überdies bei verschiedenen Lichenformen, die nicht von serösen Transsudaten begleitet waren, eine gewisse Eosinophilie im Blute und andererseits nicht bei allen Pemphigusfällen die Vermehrung der Eosinophilen. So scheint denn bis heute das Fehlen oder die Spärlichkeit eosinophiler Zellen im Blute

ebensowenig gegen die Existenz eines gleichzeitigen Pemphigus verwertbar zu sein, wie eine starke Eosinophilie nicht mit irgend welcher Bestimmtheit die Anwesenheit eines Pemphigus bezeugt. Auch die Untersuchung des Blaseninhalts liefert weiter keine Klärung. Allerdings erscheint der Blaseninhalt beim lichen ruber etwas viscöser, wie Leredde und Bettmann gleichfalls gefunden haben, der Gehalt aber an Eosinophilen schwankt in den einzelnen Blasen ganz beträchtlich. Übrigens kann meines Erachtens letzteres Moment keineswegs als ausschlaggebend angesehen werden, da eine lokale Eosinophilie in Hautblasen ausser beim Pemphigus bei verschiedenen anderen Dermatosen vorkommt, und die Menge der Eosinophilen im Blaseninhalt bei verschiedenen Fällen derselben Form von bullöser Hautaffektion schwankt und sich namentlich wohl auch nach dem Stadium der Erkrankung verschieden erweist.

Eine zweite Frage ist die, ob es sich bei der Blasenbildung bei lichen ruber nicht oft um eine Folge der Arsenmedication handele. In den „Beiträgen zur Kenntniss des Lichen nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie". Wien und Leipzig 1909, sagt Jadassohn: Als Nebenwirkungen des Arsens bei lichen planus finden wir:

1. Keratosen der Handteller und Fusssohlen,
2. Arsenik-Zoster.
3. Rötung um die erkrankten Herde.
4. Auftreten von Blasen.

Von letzterem Punkte sagt er wörtlich: „Es scheint mir nicht mehr zweifelhaft zu sein, dass man, wenn man von der Möglichkeit zufälliger Kombination mit Pemphigus oder anderen blasenbildenden Erkrankungen und von externen Reizungen ganz absieht, unter den Blasenbildungen bei dieser Krankheit zweierlei unterscheiden müsse: einmal

solche, welche als gelegentliche Teilerscheinung des Lichenprozesses (Jarisch) anzusehen sind und daher bei frischen Fällen, am ehesten bei akuten Eruptionen, entstehen; andererseits aber solche welche nur im weiteren Verlaufe der Erkrankung, und zwar zur Zeit der Involution auftreten. Es ist ja allgemein bekannt, dass der Arsenik nicht nur in toxischen, sondern schon in medikamentösen Gaben bei einzelnen Personen Hauteruptionen verursachen kann, unter denen hier miliaria-artige Efflorescenzen, Herpes und bullöse Eruptionen besonders zu nennen wären."

Derartige Fälle sind recht oft beobachtet worden, und Jadassohn hat mehrfach nach Arsenbehandlung auf den Lichenherden prallgespannte Blasen von Erbsen- bis 1 Frankstück Grösse mit wasserhellem Inhalt gesehen. Er erklärt das von ihm gesehene histologische Bild durch einen gesteigerten und qualitativ veränderten Entzündungsprozess im Laufe der Involution, eine Veränderung, wie sie wohl am ehesten als eine Folge der Arsenmedikation anzusehen ist. Ebenso meint Sherwell (Journal of cut etc. 1890 p. 183), dass die an Stelle der Lichen planus-Herde entstehenden Blasen „möglicherweise das Resultat des zur Behandlung des Lichen gegebenen Arsens seien."

Nun ist das Auftreten der Blasen während einer Arsenikkur gewiss kein absoluter Beweis dafür, dass es sich um eine Arsenikwirkung handeln müsse. Aber die Annahme liegt nahe, und sie gewinnt an Sicherheit, wenn neben der bullösen Eruption noch weitere Symptome der Arsenwirkung bei einem lichen ruber auftreten, die in unbehandelten Fällen der Erkrankung fehlen und die auch unter anderen Verhältnissen als Arsenwirkungen beschrieben worden sind. Tritt während der Lichenbehandlung

mit Arsen eine Blasenbildung auf, so darf man gewiss nicht gleich annehmen, dass diese Veränderung als abnorme Form des Lichen aufzufassen ist, zumal wenn die Blaseneruptionen sich nicht an die Lichenherde halten, sondern auch auf anderen Hautstellen auftreten. Wie aber, wenn schon vor Beginn der Arsenbehandlung die Blasen entstanden und Blasen und Lichenefflorescenzen zu gleicher Zeit aufhören? -- Derartig ist der vorher erwähnte Fall von Kaposi verlaufen.

Ueber einen interessanten Fall berichtet Neuberger: Es handelte sich um ein 22jähriges Fräulein, welches wegen eines ausgedehnten lichen planus einer energischen internen Arsenbehandlung erfolgreich unterzogen wurde. Nachdem Patientin fast 180 Arsen-Pillen verbraucht hatte, traten plötzlich an verschiedenen Stellen Blaseneruptionen auf, die vorzugsweise die Beugeseite des linken Oberarms, die Plantarseite beider Füsse und die Lippenschleimhaut befielen, Gegenden, an denen im übrigen lichen ruber-Efflorescenzen und Plaques nur sehr vereinzelt oder garnicht vorhanden waren. Diese pemphigoide Eruption heilte sehr bald ohne besondere Medikation; die Blasen hinterliessen keine Pigmentation. Da Patientin sowohl vorher wie später das Arsen sehr gut vertrug, kann man kaum, meint Neuberger, die Blaseneruption auf Rechnung desselben setzen. (Dem gegenüber möchte ich daran erinnern, dass doch so häufig Zoster-Auftritt inmitten einer Arsenbehandlung gesehen worden ist, dass man ihn wohl sicher als Arzeneiexanthem aufzufassen hat; dass man aber bei ungehindertem Fortgebrauch der Noxe einen neuen Zoster-Ausbruch nicht zu befürchten hat.) Privatdozent Dr. Bettmann berichtet in der dermatologischen Zeitschrift von Prof. Lassar über folgenden Fall von lichen ruber pemphigoides: Ein 28jähriger

Patient konstatirte an Beinen, Armen und Rumpf einen juckenden roten Ausschlag, dem lebhafte Blasenbildung folgte. Er suchte deswegen die Klinik auf, wo folgender status aufgenommen wurde: Weitverbreitete, sehr auffällige Hautaffectionen an Rumpf und Extremitäten, die aber die Hände und Füsse vollkommeu verschont; auch das Gesicht ist völlig frei geblieben. Es finden sich grössere und kleinere kaum erhabene, bläulich-rote Plaques, teils rundlich, teils irregulär begrenzt, stellenweise, besonders an den Extremitäten, zu grösseren Flächen zusammengeschlossen; am Rumpf dagegen sind diese Plaques spärlicher und kleiner. Deutliche Primär-Effloreseenzen sind an diesen grossen roten Flecken nicht zu sehen, nur am Rande existirt eine Felderung, die auf eine Zusammensetzung aus dichtgedrängten, polygonalen, nicht gedellten Papelchen hinweist. Dagegen finden sich neben den geschilderten Flecken isolirte oder in Gruppen oder Grüppchen stehende typische Efflorescenzen des lichen ruber planus: miliare Knötchen mit der zentralen Dellung und dem Wachsglanz, in der Farbe heller rot, als die grossen Flecke, eher mit einem Stich ins Bräunliche, als ins Bläuliche. Das Auffälligste aber ist das Vorhandensein zahlreicher Blasen, die am dichtesten da stehen, wo auch die blau-roten Flecken und Infiltrate sich häufen. Die Blasen stehen auf den roten Flecken selbst, und auch da, wo sie anscheinend aus intacter Haut heraus entstanden sind, besitzen sie einen mässig blauroten Hof. Ihre Grösse schwankt zwischen der einer Erbse und der einer Wallnuss. Die angestochenen Blasen entleeren ihren Inhalt fast vollständig. Derselbe ist leicht fadenziehend, alkalisch, enthält ziemlich reichlich Eiweiss. Mikroskopisch finden sich sehr wenige Leukocyten, fast durchweg mit polymorphen Kernen, darunter ca. 5% eosinophile; im

Blute fanden sich ca. 8% eosinophile. Gegen diese Krankheitserscheinungen wurde folgende Behandlung eingeleitet: Protrahirte laue Bäder, Umschläge mit ½ procentiger essigsaurer Thonerde an den Extremitäten und innerlich: Solut. arsenic. Fowleri, Aq. foenicul., Tr. nuc. vomic. aa. Beginnend mit dreimal täglich 6 Tropfen, steigend bis auf dreimal täglich 21 Tropfen. Nach ca. 3 Wochen, während welcher Zeit sowohl neue Lichenknötchen auftraten, Erythemstellen erschienen und auf geröteter Basis Blasen sich entwickelten, hörte das Jucken fast völlig auf, es erschienen keine neuen Erythemflecke und keine Blasen mehr. Dagegen trat innerhalb weniger Wochen eine ganz ausgesprochene mächtige Pigmentierung zu Tage. Die ganze Haut am Rumpf, Hals, der Arme und Beine, mit Ausnahme der Hände und Füsse, gewann ein mässig dunkles, braunes Kolorit. Besonders intensiv war die Pigmentation an den Stellen, wo früher die Lichenefflorescenzen gesessen hatten; dagegen trat an Stelle der früheren Blasen eine umso auffallendere Depigmentation ein. Innerhalb vieler der weissen Blasenflächen traten einige wenige stecknadelkopfgrosse, rundliche und polygonale, dunkelbraune Pigmentfleckchen zu Tage.

Fassen wir den ganzen Krankheitsverlauf zusammen, so ergiebt sich: lichen ruber planus. Neben typischen Efflorescenzen bestehen Erytheme und intensive Blasenbildung. Die Abheilung erfolgt mit starker Pigmentation. An Stelle der früheren Blasen kommt es zum Pigmentverlust. Dass übrigens in diesem Falle auch an den Stellen, an denen das diffuse Erythem und die daraus hervorgegangenen Blasen gesessen hatten, Lichenknötchen vorhanden waren, ergiebt sich schon daraus, dass innerhalb der pigmentlosen Flecken, die sich an Stelle der früheren Blasen etablirten, kleine dunkelpigmentierte poly-

gonale Fleckchen, entsprechend den ehemaligen Lichenpapelchen, auftraten. Bei der Erklärung der Blasenbildung seines Falles lehnt Bettmann die Annahme, dass es sich um eine Kombination von lichen ruber und qemphigus handle, ab und beweist, dass es sich auch um keine Arsenwirkung handeln könne, da die Blaseneruption schon vor Beginn der Arsentherapie aufgetreten war. Er hält eben den Fall für eine besondere Abart des lichen ruber, eben für einen lichen ruber pemphigoides im Sinne von Kaposi. Als massgebend ist der Umstand zu betrachten, dass es sich um eine stürmische, akute, weit verbreitete Licheneruption handelte. Mit der Intensität der Eruption steht die Bildung der Erytheme in Zusammenhang, die das Bild des typischen Lichen zum Theil verdeckten. Die Blasenbildung ist nichts anderes als ein weiteres Zeichen der Intensität des Exsudationsprozesses, und sie ist nach der ganzen Lage des Falles durchaus als Proruptionssymptom zu deuten.

Róna ist ebenfalls der Ansicht, dass in atypischen Lichenfällen, die mit flächenhaften Hyperämieen und Infiltraten einhergehen, selbst pemphigoide Eruptionen als Symptom des fulminanten Prozesses auftreten können. Auch in einem von Hallopeau und Le Sourd (Sur une forme aigue de Lichen de Wilson avec poussée érythrodermique. Annales de Derm. et de Syph. 1899, S. 379) beobachteten Falle fanden sich bei einer akuten Licheneruption grosse dunkel-blau-rote Flecke, welche die Knötchen kaum hervortreten liessen und eine Blasenbildung, die allerdings auf die Hohlhände beschränkt blieb.

In der Sitzung vom 23. Januar 1901 der Berliner medizinischen Gesellschaft begleitet Prof. Lassar eine Krankenvorstellung mit folgenden Worten: „Ich möchte eine Patientin vorstellen,

welche schon durch ihr groteskes Aeussere (Rhinophyma) gewisses Interesse darbietet.

Ausserdem zeigt die Patientin zwei Hautkrankheiten zu gleicher Zeit, die in ein ursächliches Verhältnis zu einander gesetzt werden und sonst auch selbständig neben einander auf demselben Körper sich abspielen können. Sie finden hier eine 50jährige Frau vor, deren ganze Körperoberfläche von oben bis unten überzogen ist von einem mausgrau-rötlichblauen, leicht gekörnten, bei spiegelndem Licht einigermassen glänzendem Ausschlage. Derselbe stellt sich durch seine Farbe, durch seine Aehnlichkeit mit Chagrinleder, durch die zahlreichen Juck- und Kratzeffekte als ein Lichen ruber von ausgedehnter Verbreitung dar. Sein Beginn liegt mehrere Monate zurück. Zu demselben ist dann das Auftreten mächtiger Blasen, welche mit dem begleitenden Erythem aus der Tiefe des Corium aufsteigen und sich in gänseeigrossen Convoluten emporwölben, hinzugetreten. Es ist klar, dass sich hier in frischen Eruptionen ein Pemphigus ausbildet. Diese Komplikation besteht erst wenige Tage.

Nun ist dieses Zusammenvorkommen von Lichen ruber und Pemphigus an sich etwas bereits Beschriebenes. Die Deutung ging darauf hinaus, als wäre der Pemphigus, der solchermassen zu Lichen ruber hinzutritt, eine Steigerung des letzteren. Man sprach von einem pemphigoiden Lichen. Dieser Auffassung möchte ich bei dieser Gelegenheit entgegentreten. Denn das Hinzutreten eines Pemphigus zu allgemeinen juckenden, zum Kratzen auffordernden, mit zahlreichen Infektionsgelegenheiten einhergehenden Hautausschlägen ist etwas, was auch bei anderen Formen vorkommt. Der Pemphigus ist — was wir heute mit Bestimmtheit zu sagen vermögen — eine chronisch oder schneller verlaufende Wundinfektionskrankheit

der Haut, die ja ganz vorwiegend auf Streptokokken bezogen werden muss und die hinzutreten kann zu irgend welchen Durchlöcherungen der Oberfläche. Ein Mal giebt Intertrigo, das andere Mal eine scabies und endlich ebenso auch der mit Juckreiz und Kratzcoriationen verbundene Lichen ruber die Gelegenheitsursache ab. Es ist also der Lichen ruber in diesem Falle komplizirt durch einen Pemphigus. Während das erstere Leiden sich in Rückbildung befindet, ist das andere in stürmischem Fortschritt begriffen."

Herr Blaschko entgegnet darauf:

„Es wird, ich will nicht sagen häufig, aber doch hin und wieder — bei sehr schweren Lichen ruber-Fällen das Aufschiessen von Blasen und Bläschen beobachtet. Gerade dieses Zusammentreffen der Blasenbildung mit besonders schweren Fällen hat eben dazu geführt, diese Blasenbildung dann als eine dem ganzen Krankheitsbilde des Lichen ruber zugehörige Erscheinung, als den Ausdruck eines besonders intensiv gesteigerten Krankheitsprozesses aufzufassen. Mir scheint diese Auffassung um so gerechtfertigter, als meines Wissens in allen bisher beobachteten Fällen, so schwer sie auch verlaufen sind, nicht der typische chronische Ablauf des Pemphigus vulgaris eingetreten ist, sondern stets mit dem Abheilen des Lichen ruber auch die Blasenbildungen vorüber gegangen sind. Ich glaube demnach, dass es auch in diesem Falle durch eine sachgemässe Therapie gelingen wird, die Blasenbildungen ebenso zu beseitigen, wie die übrigen Erscheinungen des Lichen ruber."

Herr Lassar (Schlusswort): „Ich habe gerade betont, dass ich mich mit der herrschenden Ansicht, die Herr Blaschko eben hervorgehoben hat, nicht einverstanden erklären möchte. Auch kann ich mich

der Darstellung nicht ohne Weiteres anschliessen, dieses Vorkommnis ein häufiges oder gewöhnliches zu nennen, und glaube kaum, dass viele der anwesenden Herren, mich eingeschlossen, mehr als etwa ein einziges Mal in ihrem Leben die Kombination gesehen haben. Hier sind die beiden Affektionen thatsächlich auch zeitlich ganz exakt geschieden. Der lichen ruber hat sich durch Monate hindurchgezogen; plötzlich setzt das neue Krankheitsbild ein. — Ich möchte noch hinzufügen: solche Blasen werden auch wohl auf den Arsengebrauch zurückgeführt. Es kommen ja ähnliche Erscheinungen nach Arsen vor. Das ist bei dieser Patientin ausgeschlossen, denn sie hat noch niemals Arsen bekommen."

Ich glaube die Ansicht Lassar's von der Seltenheit der Kombination von Blasen und lichen ruber als die allgemein giltige bezeichnen zu müssen. Dagegen bin ich in verschiedenen Punkten durchaus nicht seiner Ansicht. Auch ich habe in Fällen von scabies, die in der hiesigen Poliklinik beobachtet wurden, grosse Blasen, zumal an den Extremitäten von Kindern gesehen, habe sie aber weder als Pemphigus bezeichnen hören, noch sie selbst so gedeutet, sondern sie als Kratz- und Entzündungseffekte auf milbendurchzogener gereizter Haut aufgefasst. Ebenso manchmal bei Prurigo. Ferner ist das späte Auftreten von Blasen bei länger bestehendem Lichen schon mehrfach beobachtet, so auch in dem einen von mir mitzuteilenden Falle. Ich glaube nicht, dass nur aus dem Späterauftreten der Transsudate auf Pemphigus geschlossen werden kann. Wenn die Blasen bei scabies, prurigo, lichen ruber unter zweckmässiger Behandlung gleichzeitig oder bald nach dem Grundleiden abheilen, neue Blasenschübe ausbleiben, so lag — glaube ich — kein Pemphigus vor, sondern artificielle oder durch inten-

sivere Entzündung des originären Hautleidens entstandene Exsudation.

Ich schliesse hieran die Mitteilung zweier einschlägiger Fälle, die ich selbst habe mitbeobachten können.

I. 22jähriges Mädchen aus der Nähe von Königsberg, bis auf das Hautleiden gesund, sehr anämisch, kam am 9. September 1900 in die hiesige Poliklinik für Hautkrankheiten. Nach Angabe der Kranken hatten etwa 6 Monate vorher an vielen Körperstellen rote Knötchen sich gebildet, die von starkem Jucken begleitet waren; beides von der phlegmatischen, schwer arbeitenden Kranken nicht viel beachtet. In den letzten Wochen hatte starke Zunahme des Ausschlags und besonders die nun eingetretene Blasenbildung Beunruhigung hervorgerufen und zur Aufsuchung der Poliklinik geführt.

Ueber einen grossen Teil der Haut findet sich ein Ausschlag verbreitet, der überall, wo nicht zugleich seröse Exsudation vorhanden ist, die Knötchen des lichen ruber planus zeigt: stecknadelspitz- bis stecknadelkopf- bis linsengrosse flache, meist blassrötliche Knötchen, meist poligonal umrandet, vielfach mit zentraler Delle versehen. Bei seitlicher Beleuchtung Wachsglanz. Besonders stark befallen sind die Innenseiten der Arme und der Oberschenkel, ferner die grossen Schamlippen, die regio genito cruralis, die Hinterbacken. Aber auch die Streckseiten, zumal Hand- und Fussrücken, an Fingern und Zehen, die Bauch- und Rückenhaut zeigen einige Knötchen; Gesicht und capillitium sind frei. An vielen Stellen, zumal den Extremitäten, hat eine Confluenz der Knötchen zu grösseren Scheiben stattgefunden; einige davon zeigen ein abgeflachtes Centrum mit sehr geringer Pigmentirung. Inmitten der flachen, gedellten, meist poligonal umrandeten

Planus-Knötchen finden sich ganz spärlich einige die dem Typus der acuminaten ähneln, mehr konisch aufragen, dunkler gefärbt. In Leisten und Achseln sind einige infiltrirte, indolente Drüsen fühlbar.

Das auffallendste, die Patientin am meisten beängstigende Symptom sind Bläschen und Blasen, die an vielen Stellen sichtbar sind, anscheinend überall über Knötchen, doch ist bei einigen fast erbsengrossen Blasen ein solches Infiltrat nicht sicher nachzuweisen. Dies um so weniger, als diese grösseren Blasen fast alle bluthaltig sind; die übrigen Transsudate sind teils seröser, teils eitriger Natur. Zumal an den Genitalien sind zahlreiche Stellen excoriirt und erinnern etwas an flache breite Condylome. Auf der Schleimhaut der rechten Wange flache weissliche Infiltrate in einer Reihe zwischen den Zähnen angeordnet, aber auch um den hintersten unteren Backzahn gruppiert. Dieses Syptom, zusammen mit den condylomähnlichen Infiltraten der grossen Labien, den Drüsenschwellungen, könnte an Syphilis denken lassen, wenn nicht die zweifellose Lichen planus-Natur bei unzähligen soliden Knötchen die Diagnose sicherte.

Patientin hat in den letzten Wochen Tag und Nacht von Jucken zu leiden, nachdem offenbar ein akuterer Schub als vorher eingetreten ist. Sie ist heruntergekommen und stark anämisch, Appetit und Schlaf haben gelitten, ihre Arbeit hat sie aufgeben müssen.

Unter Arsenikgaben in steigender Dosis und milden, jucklindernden Topicis hörte langsam die Eruption neuer Knötchen und Blasen auf, wie auch die alten zurückgingen. Immerhin waren in den ersten 4 Wochen der drei Monate währenden Behandlung noch öfter neue Blasen, auch bluthaltige aufgetreten. Mit fortschreitender Heilung bildeten

sich an vielen Stellen starke, selbst dunkelschwarze Pigmentirungen; Entfärbungen waren nicht wahrzunehmen, zumal auch nicht an den Stellen der Transsudation. Vor völliger Heilung blieb die auf dem Lande wohnende Kranke, deren Besserung bis dahin anhaltend fortgeschritten war, aus der Poliklinik fort.

II. 30jähriger kräftiger, bis auf das Hautleiden gesunder Mann kam am 17. April 1901 in die Privatbehandlung des Herrn Professor Caspary, dessen Güte ich die Mitbeobachtung verdanke. Seit Weihnachten hatten sich auf Fussrücken und Ellbogen stark juckende Knötchen ausgebildet, die nach Angabe des Patienten zeitweilig mit Blasenbildung einhergingen. In letzter Zeit hatte sich die Erkrankung auf die Handrücken, den untern Teil der Beugeseite der Vorderarme und auf die Rückseite der Oberschenkel ausgedehnt. An allen diesen Stellen fanden sich typische lichen planus-Knötchen, über denen an vielen Stellen sich serum- resp. eiterhaltige Blasen resp. Erosionen fanden. Ueberall hielten sich die Transsudate genau an die Knötchenstellen, nirgends dazwischen oder an freier Stelle eine Blase oder in deren Folge eine Blosslegung des Coriums. Sehr intensives Jucken, das auch den Schlaf stört; sonst volles Wohlbefinden. Drüseninfiltrationen fehlen, Schleimhäute frei. Ausser Zink- und Bleisalben ist kein Mittel angewandt, zumal kein innerliches.

Der Patient musste seinen anstrengenden Dienst aufgeben und zu Hause bleiben. Unter steigenden Dosen Arsen bei örtlicher Anwendung von Diachylon-Salicyl-Tumenol-Salben oder Pasten trat schnell Besserung ein. Ein Versuch, den Dienst wieder aufzunehmen, führte zu einem neuen Schub; schnelle Besserung bei völliger Ruhe und Bädern in Wies-

baden. Auch dieser Kranke konnte wegen Versetzung in eine andere Stadt nicht zu Ende beobachtet werden. Aber die Heilung bei der vorgeschriebenen Medikation war bald zu erwarten; die Bildung neuer Knötchen und Blasen hatte ganz aufgehört und die regressive Metamorphose war ebenfalls unter reichlicher Pigmentirung allerorten sichtbar.

In beiden eben von mir beschriebenen Fällen eigener Beobachtung war vor Auftreten der Blasen kein Arsenik gegeben. In beiden hörte mit der Neubildung von Knötchen auch die Neubildung von Bläschen und Blasen auf; in beiden gingen die vorhandenen Knötchen und Blasen gleichzeitig zurück. Ich muss mich danach der Ansicht Kaposi's anschliessen, die auch von Bettmann vertreten wird, dass in einer gewissen Zahl von Fällen ein wirklicher lichen ruber pemphigoides besteht, d. h. dass früh oder spät die entzündliche Neubildung nicht nur zur Eruption solider Knötchen, sondern durch Steigerung der Entzündungsstärke zur Bildung flüssiger Transsudate führt.

Von der Beugeseite des Vorderarms des Patienten den ich in Fall II geschildert habe, durfte ein linsengrosses mit einer Blase versehenes Knötchen exstirpirt werden. Nach Einbettung in Celloidin habe ich Serienschnitte angefertigt und diese mit Hämatoxylin und mit der Weigert'schen Färbung auf Fibrin und desselben Autors Färbung auf elastische Fasern behandelt. Daraus resultierte folgendes histologische Bild.

Die Veränderungen erstrecken sich auf das Epithel und das stratum papillare. Im stratum papillare und in der oberen cutis überhaupt fallen rundliche Haufen und längliche Streifen zellreicher Infiltrate auf, die sich zumeist aus kleinen lymphoiden Rundzellen zusammensetzen. Sie lehnen sich ge-

wöhnlich an Blutgefässe an, deren Lumen öfters erweitert, mit roten Blutkörperchen und mehrfach auch mit vermehrten Leukocyten erfüllt ist. In einzelnen Gefässen sieht man kleine zusammengeballte, kernreiche Stränge, die an frische weisse Theomben erinnern. Einzelne weitere Lymphspalten sind sichtbar. In den Lymph- und Blutgefässen erscheint das Endothel teilweise geschwollen. Im Bereiche des Papillarkörpers fällt auf, dass die Papillen unterhalb der alsbald zu erwähnenden blasig veränderten Epidermis sowohl an Höhe wie an Breite zugenommen haben, ihre Blutgefässe stark injizirt sind, ihr aufgelockertes ödematös durchtränktes Gewebe reichlicher von Zellen durchsetzt ist. Die Bindegewebskerne erscheinen vergrössert, zahlreiche kleine Rundzellen z. T. vom Charakter polynucleärer Leukocyten sind in das Bindegewebe eingestreut. Durch die zahlreichen Infiltrate des Coriums ziehen stellenweise vereinzelte elastische Fasern hindurch. Auch in den entzündlich-ödematösen Papillen treten die elastischen Fasern bis gegen die Epidermis hin öfters deutlich zu Tage. Bei Anwendung der Weigert'schen Färbung lässt sich mit Sicherheit eine Reaktion auf Fibrin nicht erzielen.

Leucocyten finden sich auch noch zwischen den Epithelzellen des Rete Malpighi. Die ganze Epidermis erscheint zum grossen Teil wegen Auflockerung der höheren Lagen im Bereiche der erkrankten Partie verdickt. Auch da, wo Wanderzellen fehlen, sind die Räume zwischen den Stachelzellen erweitert und zwischen den Stacheln hellere Lücken entwickelt. In den höheren Epithellagen hat sich eine Blasenbildung eingestellt, welche sich im Bereiche der abgeplatteten Epithelien entwickelt hat.

Am Grunde der Blase sieht man zum Theil unter

den abgeplatteten Zellen mit Kerato-hyalin erfüllte Epithelien. Im Blaseninnern findet sich etwas feinkörniges Material und einige vereinzelte Leucocyten. Die Blasendecke besteht bis nach oben hin aus kernhaltigen Plattenepithelien und ist ihrerseits von zahlreichen kleinen beginnenden Blasenbildungen durchsetzt. Die zwischen den Plattenepithelien eingelagerten kleinen Bläschen stossen meistenteils an einander oder sind bereits konfluirt und grösstenteils mit einem homogenen colloidähnlichen Material erfüllt. Meist sind in diese Inhaltsmasse einige polynucleäre Leucocyten eingeschlossen und nur an einem Punkte bilden die angehäuften Leucocyten ein dichteres Lager. In einiger Entfernung von dieser Blase sieht man wieder ein schmales stratum corneum entwickelt in Gestalt kernloser, zarter, verhornter, welliger Lamellen, die sich an einzelnen Punkten noch etwas gegen die Blase hin vorschieben.

Das eben geschilderte histologische Bild ist gewiss kein pathognomonisches. Ich hatte gehofft, die Abhebung zwischen Epithelstratum und Papillarkörper zu finden, wie sie zuerst von Herrn Professor Caspary beschrieben wurde, dann von Robinson und Max Joseph ebenfalls gesehen wurde. Vielleicht war das Knötchen schon in seiner Ausbildung zu weit vorgeschritten, oder sind auch die charakteristischen Abhebungen, die seither auch bei anderen Dermatosen vereinzelt gefunden wurden (z. B. bei Pemphigus) nicht in allen lichen ruber-Knötchen zu finden. Aber ich möchte doch auf diese Ablösung hinweisen, wie sie bei soliden Knötchen von Caspary und Max Joseph beschrieben wurde und auf die von ihnen übereinstimmend zwischen den beiden Schichten gesehenen Leukocyten und die glasigen von feinen fibrinähnlichen Fäden durchgezogenen Gerinnsel hinweisen.

Das sieht schon einigermassen einer Transsudation ähnlich, wie sie in den spärlichen Fällen von lichen ruber pemphigoides zwischen den Epithelschichten sichtbar wird.

Zum Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Caspary für die Anregung zu dieser Arbeit und für die jederzeit gütigst geleistete Unterstützung bei der Anfertigung derselben, sowie Herrn Privatdocent Dr. M. Askanazy für seine liebenswürdige Hilfe bei der Anfertigung und Untersuchung der mikroskopischen Präparate meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Besnier, E., et **Doyon, A.** Pathologie et traitement des maladies de la peau. Par M. Kaposi. Traduction avec notes et additions. Seconde édition française Paris 1891.

Bettmann. Lichen ruber pemphigoides in der Dermatologischen Zeitschrift von Professor Dr. O. Lassar-Berlin 1901.

Caspary, J. Ueber lichen ruber. Nach einem Vortrage, gehalten auf der dermatologischen Sektion zu Wiesbaden. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1888.

Hallopeau, H., et **Leredde, L. E.** Traité pratique de Dermatologie. Paris 1900.

Hebra, Ferd. und **Kaposi, M.** Lehrbuch der Hautkrankheiten. Virchow's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 2. Auflage. Erlangen 1874.

Jadassohn, J. Beiträge zur Kenntnis des Lichen nebst einigen Bemerkungen zur Apentherarsie, Wien und Leipzig 1900. (Separatabdruck aus der Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi).

Jadassohn, J. Lichen in „Venerische und Hautkrankheiten", redigirt von J. Weiss aus der Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Spezialärzte von Hofrat Professor Dr. Drasche. Wien und Leipzig 1900.

Jarisch, A. Die Hautkrankheiten. Nothnagel, Spez.-Pathologie und Therapie. Bd. XXIV. Wien 1900.

Joseph, M. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. III. Aufl. Leipzig 1898.

Joseph, M. Beiträge zur Anatomie des lichen ruber (planus acuminatus und verrucosus) im Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVIII. Wien-Leipzig 1897.

Kaposi, Moriz. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 5. Aufl. Berlin-Wien 1899.

Kaposi, M. Noch einmal: lichen ruber acuminatus und lichen ruber planus. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd XXXI. Wien 1895.

Ledermann. Lichen ruber in Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Prof. Dr. Lesser. Leipzig 1900.

Lesser, E. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 3. Aufl. Leipzig 1898.

Lukasiewicz. Lichen ruber planus und acuminatus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums und über die Identität des lichen ruber acuminatus und der pityriasis rubra pilaris. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXIV. Wien und Leipzig 1896.

Neisser und **Jadassohn.** Hautkrankheiten. Sonder-Abdruck aus Ebstein-Schwalbe's Handbuch der praktischen Medizin. 1901.

Unna, P. G. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

Wolff, A. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Stuttgart 1893.

Lebenslauf.

Am 22. Mai 1867 wurde ich, Hugo Albert Richard Dräer, als Sohn des Stadthauptkassen-Buchhalters Heinrich Dräer und seiner Ehefrau Auguste geb. Wittke, zu Königsberg-Ostpr. geboren.

Meine Schulbildung erhielt ich auf dem hiesigen Königlichen Wilhelms-Gymnasium, welches ich Michaelis 1889 mit dem Zeugnis der Reife verlies, um mich an der hiesigen Universität dem Studium der Rechtswissenschaft zu widmen.

Ostern 1895 änderte ich mein Studium und wurde Mediziner. Im Sommer-Semester 1897 bestand ich das tentamen physicum und beendete am 11. Februar 1901 das Staatsexamen. Das Examen rigorosum legte ich am 19. Oktober 1901 ab.

Während meiner medizinischen Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

M. Askanazy, S. Askanazy, Berthold, Braun, Caspary, v. Eiselsberg, v. Esmarch, Falkenheim, Heisrath, Hilbert, Hermann, Jaffe, Kuhnt, Lange, Lichtheim, Lossen, Luerssen, Meschede, Münster, Nauwerck, Neumann, Pape, Prutz, Samter, Schneider †, Schreiber, Stetter †, Stieda, Winter, Zander.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich hiermit meinen wärmsten Dank aus.